

Vergleich der Definitionen in europäischen Behindertenpolitiken

Maschke, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Maschke, M. (2008). Vergleich der Definitionen in europäischen Behindertenpolitiken. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 5773-5784). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-153793>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Vergleich der Definitionen in europäischen Behindertenpolitiken

Michael Maschke

Die Definition von Behinderung ist eine der wichtigsten politischen Entscheidungen in jeder Behindertenpolitik. Sie bestimmt das Verhältnis von Staat und Behinderung: Sie setzt die Gruppengröße fest, regelt den Zugang zu Leistungen und beeinflusst nachhaltig die Wahrnehmung behinderter Menschen. Die institutionalisierten Klassifikationen von Behinderung ordnen behinderten Menschen, gemäß ihrer besonderen Bedürfnisse und Nöte sowie ihrer eingeschränkten Berufs- und Lebenschancen, Rechte und Ansprüche zu.

Dieser Text beschäftigt sich daher mit den folgenden zwei Fragen: (1) Wie entwickeln sich Definitionen von Behinderung in den unterschiedlichen Bereichen von Behindertenpolitik in verschiedenen Ländern? (2) Welchen Einfluss hat die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (2001) auf diesen Prozess? Hierzu wird kurz auf den Unterschied zwischen universeller und kategorialer Sozialpolitik eingegangen, um dann internationale Unterschiede in der Definition von Behinderung zu behandeln. Daran anschließend wird eine Unterteilung für Behindertenpolitik vorgestellt und gemäß dieser Unterteilung jeweils knapp auf die Veränderungen der Behindertenpolitik in den ausgewählten Ländern Dänemark, Deutschland und Großbritannien beschrieben. Im Anschluss an die Vorstellung der Veränderungen der Definition in den drei Bereichen folgt eine Einschätzung des Einflusses der ICF auf diese nationale Klassifizierungen bzw. Definitionen. Dabei wird die These vertreten, dass es in der Behindertenpolitik zwar auf der Ebene der Maßnahmen zu einigen Konvergenzen kommt, aber die den Maßnahmen zugrundeliegenden Definitionen und Klassifikationen sich nicht angleichen. Die ICF hat bei dem Wandel der Definitionen allenfalls einen schwachen Einfluss.

Internationale Unterschiede in der Definition von Behinderung

Innerhalb der Sozialpolitik ist zwischen universellen und kategorialen Rechten und Leistungen zu unterscheiden. Universelle Leistungen, wie beispielsweise die Idee

eines allgemeinen Grundeinkommens, sind allen Bürgern zugänglich und bedürfen lediglich der Staatsbürgerschaft als einziger Vorbedingung.

Das Problem solcher universellen Rechte und Leistungen ist, dass sie zum einen häufig mit erheblichen Umverteilungen einhergehen und damit unter Finanzvorbehalt stehen und schwieriger politisch durchsetzbar sind und zum anderen aufgrund ihres allgemeinen Charakters oftmals als zu gering und zu schwach für die als »bedürftig« eingestuften Personen gelten – Stichwort Gießkannenprinzip. Der große Vorteil solcher Rechte jedoch ist, dass sie keiner weiteren Definition von Gruppen und keiner Unterscheidung zwischen »würdigen« und »unwürdigen« Empfänger der Leistung – das heißt auch keiner Stigmatisierung – bedürfen. In der Realität beschränken sie sich in der Sozialpolitik häufig auf öffentliche Güter ohne Rivalität in der Nutzung. Das klassische Beispiel in der Behindertenpolitik ist die Rampe, oder andere bauliche Regelungen oder Konstruktionsvorschriften im ÖPNV. Es existieren in der Praxis aber durchaus auch große kostspielige universelle Angebote, wie der britische *National Health Service*, bei deren Nutzung durchaus Rivalität existiert.

Im Gegensatz zu solchen universellen Leistungen und Rechten benötigt kategoriale Sozialpolitik genaue Abgrenzungen der Empfängergruppe. Wie genau diese Abgrenzungen sein müssen, ist vor allem davon abhängig, ob die Definitionen in Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren benötigt werden.

Sowohl regulative Sozialpolitik, also zivilrechtliche Regelungen, als auch distributive Sozialpolitik, also die Vergabe von Geld-, Sach- und Dienstleistungen, definieren Personenkriterien und deren notwendiges Verhalten vor und während des Empfanges. Durch diese Abgrenzung werden zwei Funktionen erfüllt: (1) wird über die Definition der Personeneigenschaften die Gruppe selektiert, vergrößert oder verkleinert, und (2) über die Definition des notwendigen Verhaltens positive oder negative Anreize gesetzt und die Gruppe kontrolliert. Diese Politik ist nicht neu, sondern kann in Europa spätestens seit den englischen *Poor Laws* von 1834, deren Ziel es war, die »deserving poor« von den »undeserving poor« zu trennen, kontinuierlich beobachtet werden.

Auch Behindertenpolitik ist in weiten Teilen kategoriale Sozialpolitik. Wer als »behindert« eingestuft wird, ist abhängig von den Zielen der Politik. Wenn gilt, dass Behinderung letztlich das ist, was politische Akteure als Behinderung definieren (Hahn 1985; Stone 1985), dann muss man sich verdeutlichen, dass die beiden zentralen Anliegen der politischen Akteure häufig die zielgerichtete Zuteilung von Mitteln an die vorrangigsten Bezieher und die Wahrung der Finanzkontrolle sind. Über die Definitionen wird also nicht nur die Gruppe selektiert und in Teilen kontrolliert, sondern auch das Budget gesteuert.

Für die amtliche Zuschreibung von Behinderung sind neben der Definition selbst einerseits die institutionelle Strukturen und das Personal, das die Vergabe

durchführt, und andererseits die Regulierung benachbarter sozialpolitischer Bereiche (wie Beschäftigung, Mindestsicherung oder Alterssicherung) von Bedeutung. Auch hierüber kann der Staat ohne jegliche Veränderung von Definitionen von Behinderung die Gruppengröße steuern.

Da mit der Behindertenpolitik in den einzelnen Ländern Europas nicht überall die identischen Ziele vertreten werden sollen, ist es nicht verwunderlich, dass sich in Europa eine Vielzahl von Definitionen finden lassen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b) hat auf der Basis des Informationssystem MISSOC der Europäische Union für die EU15 Länder Definitionen von Behinderung aufgelistet.

| Land | Definition |
|----------------|--|
| Dänemark | Keine Definition. Jedoch können alle, die Unterstützung zur Entwicklung oder zum Wiedererlangen ihrer beruflichen Fähigkeiten, Pflege oder eine spezifische Behandlung benötigen, eine Hilfe erhalten. Dies schließt körperliche, geistige, seelische und soziale Behinderungen mit ein. |
| Deutschland | Alle Menschen, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehinderte Menschen: Grad der Behinderung 50% oder höher |
| Großbritannien | Alle, die wegen einer Beeinträchtigung, einer Krankheit oder einem angeborenen Gebrechen wesentlich eingeschränkte Möglichkeiten haben, um einen Alter, Erfahrung und Qualifikationen entsprechenden Arbeitsplatz zu er- oder behalten. |

Tabelle 1: Definitionen von Behinderung. Angaben aus Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b)

Gemeinsam ist den Definitionen in Tabelle 1, dass sie Behinderung anhand der Beeinträchtigungsdauer von Krankheit abgrenzen. Darüber hinaus unterscheiden sich die Definitionskriterien deutlich. So wird in einigen Ländern die Gruppe der behinderten Personen durch die Ursache, die Art oder den Grad der Behinderung definiert. Der Grad der Behinderung richtet sich dabei häufig nach dem Grad der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit. In einigen Definitionen wird auch das Alter oder die Bildung der Person berücksichtigt. In wenigen Ländern, insbesondere Dänemark, beziehen sich die Definitionen explizit auf die Folgen der Behinderung.

Insgesamt sind die Unterschiede in den Definitionen so groß, dass bei gleichem Tatbestand in den verschiedenen Ländern völlig unterschiedliche Kategorisierungen greifen (vgl. Europäische Kommission 2003). So könnte dieselbe Person in unter-

schiedlichen Ländern als chronisch krank, pflegebedürftig, erwerbsunfähig, arbeitslos, behindert oder in mehrere Kategorien gleichzeitig eingeordnet sein.

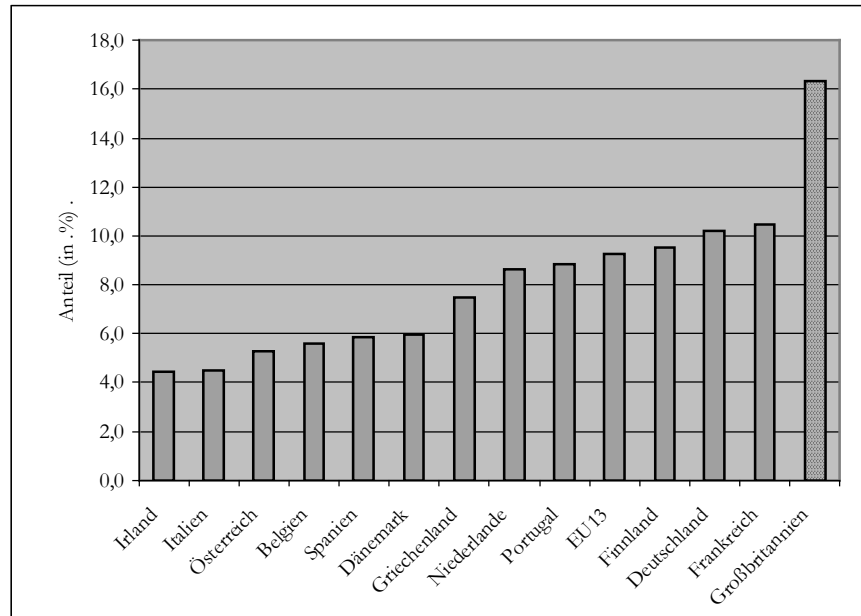


Abbildung 1: Anteil der behinderten Personen an der Bevölkerung über 16 Jahren. Eigene Darstellung auf der Basis der Daten des ECHP für das Jahr 2001. Die Werte für Großbritannien können nur eingeschränkt interpretiert werden, da hier die Behinderung weiter als in den anderen Ländern definiert wurde.

Bereits in dieser ersten verkürzten Übersicht (Tabelle 1) zeigen sich große Unterschiede. Während Dänemark versucht, ohne genaue Definition auszukommen, bezieht sich in Großbritannien die Definition auf die Erwerbsarbeit und in Deutschland wird die Behinderung im Vergleich zu dem für das jeweilige Lebensalter typischen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand eingeschätzt.

In diesen Definitionen spiegeln sich unterschiedliche politische und kulturelle Traditionen im staatlichen Umgang mit Behinderung. Diese nationalen Unterschiede führen unter anderem auch dazu, dass sich die Bevölkerungen hinsichtlich Behinderung ganz unterschiedlich selbst einschätzen. So ist der Anteil der Bevölkerung, die auf die Frage, »Werden Sie durch dieses chronische physische oder psychische Gesundheitsproblem, Krankheit oder Behinderung in ihren täglichen

Aktivitäten eingeschränkt?» mit »ja, stark« antworten unterschiedlich hoch und schwankt, wie Abbildung 1 verdeutlicht, um mehr als den Faktor zwei.

Intranationale Unterschiede und Strukturierung von Behindertenpolitik

Untersucht man jedoch Behindertenpolitik genauer, dann zeigt sich relativ schnell, dass in diesem merkwürdigen Gemenge aus unterschiedlichsten Geld-, Sach- und Dienstleistungen einerseits sowie zivilrechtlichen Regulierungen andererseits unterschiedliche Definitionen in den Ländern existieren. Je nach Zielsetzung von einzelnen Maßnahmen haben nationale Behindertenpolitiken mehrere Definitionen von Behinderung. Dies kann auch Sinn machen, so kann beispielsweise eine Person, die Probleme hat, eine Arbeit zu finden, ohne gleichzeitig im täglichen Leben beeinträchtigt zu sein, im Hinblick auf Rehabilitationsmaßnahmen oder Quotierungen als »behindert« gelten, hinsichtlich der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen jedoch als »nicht behindert« und damit als »nicht Hilfe bedürftig« eingestuft werden.

Wie eine Untersuchung der Europäischen Kommission (2002) zeigt, werden in der Praxis in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, hauptsächlich vier Methoden der Festsetzung von Behinderung genutzt: (1) sogenannte Baremas (medizinische Tabellen mit ausgewiesenen Schädigungen), (2) Pflege- und Hilfebedarfsprüfungen, (3) Messung der funktionalen Kapazitäten und (4) Berechnung ökonomischer Verluste.

Um in diesen »Dschungel« an Maßnahmen und unterschiedlichen Definitionen einige analytische Schnitte zu legen, wird Behindertenpolitik im Folgenden in drei idealtypische Bereiche unterteilt.

| Bereiche der Behindertenpolitik | Ziel des sozialpolitischen Handelns | Eingesetzte Mittel |
|---|-------------------------------------|---|
| Kompensationsorientierte Behindertenpolitik | Kompensation und Segregation | monetäre Transferleistungen, auch Fremdunterbringung |
| Rehabilitationsorientierte Behindertenpolitik | Prävention und Rehabilitation | Arbeitsmarktschutzrechte sowie Präventions- und Rehabilitationsleistungen in Form von Sach- und Dienstleistungen, staatliche Beschäftigungsprogramme, Quotierungen |
| Partizipationsorientierte Behindertenpolitik | Partizipation und Gleichstellung | zivilrechtliche Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetze, Sach- und Dienstleistungen zur Unterstützung bei Alltagshandlungen und der Förderung selbständigen Lebens |

Tabelle 2. Drei Idealtypen von Behindertenpolitiken. Eigene Darstellung (vgl. Maschke 2004).

In jedem dieser drei idealtypischen Bereiche von Behindertenpolitik werden unterschiedliche Ziele verfolgt und gemäß dieser Ziele ist auch die Gruppe der als behindert klassifizierten Personen unterschiedlich zusammengestellt. Die reale Behindertenpolitik ist eine Mischung aus diesen drei Behindertenpolitiktypen, mit jeweils nationalen Schwerpunkten. Im Weiteren werden diese drei Bereiche dargestellt und jeweils zentrale Veränderungen in Dänemark, Deutschland und Großbritannien beschrieben.

Entwicklungen im Bereich der kompensationsorientierten Behindertenpolitik

Innerhalb der Mischungen bilden kompensationsorientierte Leistungen den traditionellen Kern der Behindertenpolitik. Behinderung wird im kompensationsorientierten Bereich meist mit »Erwerbsunfähigkeit« gleichgesetzt. Auf der Basis des medizinischen Modells von Behinderung und einer eng geführten Klassifizierung werden unter Verwendung von Tabellen der Schädigungen oder Richtwerttabellen (*Baremas*) finanzielle Transfers gewährt. Pauschal gilt, je weiter fortgeschritten die Berufsbiografie und je stärker fremdverschuldet die Behinderung ist (Arbeitsunfall oder Kriegsinvalidität), desto günstiger ist die Versorgung.

Wie die Studie der OECD (2003) zu Behindertenpolitik zeigt, sind aus politischen, genauer gesagt budgettechnischen, Gründen seit den 1990er Jahren die

Definitionen im kompensationsorientierten Bereich restriktiver geworden und es ist schwieriger geworden, Zugang zu diesen Transferleistungen zu bekommen. Dieser allgemeine Trend lässt sich auch in den drei Ländern aufzeigen. Die wichtigsten Veränderungen hier waren:

In Dänemark wurde in den 1990er Jahren bei der gesundheitsbedingte Frührente, die für behinderte nichterwerbsfähige Personen im erwerbsfähigen Alter die zentrale Einkommensquelle ist, nicht mehr die generelle Erwerbsunfähigkeit sondern die konkrete Arbeitsfähigkeit getestet. Es wurden damit mehr konkrete Bedingungen und auch das Umfeld (die Anforderungen des Arbeitsmarktes) berücksichtigt. Seit 2003 sind die ursprünglichen fünf Kategorien in einer Kategorie zusammengefasst, auf die allerdings erst nach Überprüfung aller Rehabilitationsmöglichkeiten und ab einer Reduktion der Erwerbsfähigkeit von mindestens zwei Dritteln ein Anspruch besteht. Personen mit einer höheren Erwerbsfähigkeit haben keinen Anspruch mehr auf gesundheitsbedingte Frührenten; ihnen werden stattdessen subventionierte Beschäftigungen angeboten. Insgesamt ist damit der Zugang zu Frührenten deutlich schwerer geworden (vgl. Bengtsson 2000, 2003; Høgelund 2003; Jensen 2003).

In Deutschland wurde Ende der 1990er Jahre die Berufs- und die Erwerbsunfähigkeitsrente durch eine Erwerbsminderungsrente ersetzt, damit entfiel ein spezieller Berufsschutz. Die Erwerbsminderungsrente ist an den Mangel der Fähigkeit, mindestens drei Stunden am Tag arbeiten zu können, gebunden. Im Jahr 2001 wurde eine bedarfsgeprüfte Grundrente für alle behinderten Menschen über 18 Jahren eingeführt. Diese Grundsicherung sichert voll- und teilweiserwerbsgeminderten Personen eine Grundrente in der Höhe der früheren Sozialhilfe zu (vgl. Boeltzig/Clasen 2002; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004; Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland 2004).

In Großbritannien wurde im Jahr 1995 das langfristige Krankengeld (*Sickness Benefit*) und die Erwerbsunfähigkeitsrente (*Invalidity Benefit*) zu einer neuen, in ihrer Höhe einheitlichen, aber niedrigeren Arbeitsunfähigkeitsunterstützung (*Incapacity Benefit*) zusammengelegt. Die Basis für die Arbeitsunfähigkeit ist die medizinische Diagnose eines speziellen medizinischen Dienstes (*Benefits Agency's Medical Service*). Der Arbeitsunfähigkeitstest richtet sich nicht mehr an der konkreten Beschäftigung (*Own Occupation Test*) aus, sondern an der allgemeinen Arbeitsfähigkeit (*All Work Test*). Ergänzend müssen persönliche Fähigkeitsbewertungen abgegeben werden, die auch eine Abfrage von Alltagsaktivitäten beinhalten (vgl. Lonsdale/Aylward 1996; Walker/Howard 2000).

Auch wenn ein genereller Trend zur stärkeren Berücksichtigung von Umwelt-Aspekten konstatiert werden kann, so bleiben die Definitionen im kompensationsorientierten Bereich doch dem medizinischen Modell verhaftet.

Entwicklungen im Bereich der rehabilitationsorientierten Behindertenpolitik

Rehabilitationsorientierte Leistungen werden in den meisten Ländern entsprechend der Produktivität des behinderten Arbeitnehmers in Abstufungen gewährt. Zu den rehabilitationsorientierten Leistungen zählen besondere Arbeitnehmerschutzrechte, Beratung, Qualifizierung, Unterstützung von Existenzgründungen, Anpassung von Arbeitsplätzen, Subventionen und Lohnzuschüsse, Quotenregelungen, geschützte und unterstützte Beschäftigung. Sofern es sich nicht um ordnungspolitische Maßnahmen, wie Quotenregelungen, handelt, die einem medizinischen Ansatz mit wenig Ermessensspielraum folgen, haben die Gatekeeper, die Behördenmitarbeiter auf den Arbeitsämtern, meist einen großen Ermessensspielraum. In einigen Staaten stehen den nationalen Arbeitsvermittlungen für behinderte Personen größere Etats für Maßnahmen zur Verfügung. Dies kann einen institutionellen Anreiz darstellen, Menschen als behindert einzustufen.

Pauschal gilt hier: Je geringer die Arbeitsproduktivität und je höher das Alter der Person ist, umso weniger werden Rehabilitationsmaßnahmen in den ersten Arbeitsmarkt bereitgestellt. Im Zuge der allgemeinen Aktivierung wurden in den 1990er Jahren sowohl die Pull- als auch die Push-Faktoren für die Arbeitsaufnahme bzw. die weitere Beschäftigung behinderter Menschen verstärkt. Dieser allgemeine Trend lässt sich auch in den drei Ländern aufzeigen. Die wichtigsten Veränderungen waren:

In Dänemark wurde zu Beginn der 1990er Jahre ein bedürftigkeitsgeprüfter Rehabilitationstransfer eingeführt und die bisherigen Möglichkeiten der beruflichen Fort- und Weiterbildung, der betrieblichen Rehabilitation und der Arbeitsplatzanpassung intensiviert. Die Anspruchsgrundlage für den Rehabilitationstransfer ist nicht eine medizinische Diagnose, sondern die konkrete Arbeitsfähigkeit, die durch speziell geschultes Personal festgestellt wird (vgl. Bengtsson 2003; Danish Disability Council 2002).

In Deutschland wurde Ende der 1990er Jahre die zentrale arbeitsmarktpolitische Regelung, die Quotierung reformiert: Die Quote selbst wurde reduziert und die Strafgebühren erhöht. Die Inanspruchnahme dieser besonderen Rechte auf dem Arbeitsmarkt blieb allerdings weiter an den Status Schwerbehinderung gebunden, dem eine medizinische Begutachtung zugrunde liegt. Im Jahre 2001 wurde das Behinderten- und des Rehabilitationsrechts im SGB IX zusammengefasst. Grundsätzlich orientierte sich das SGB IX an der von der WHO vorgelegten ICF (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001).

In Großbritannien wurde zu Beginn der 1990er Jahre das Netzwerk von Zentren, das behinderte Menschen beraten soll, komplett umgebaut. Eine besondere

Beschäftigtenbeihilfe (*Disability Working Allowance*) wurde eingeführt und ein neues Programm (*Access to Work*) installiert, das behinderte Menschen sowohl bei der Arbeitssuche als auch bei der Sicherung und dem Erhalt ihres Arbeitsplatzes durch spezielle Hilfsmittel, technische Ausrüstungsgegenstände, behindertengerechte Arbeitsplatzanpassung sowie durch Transporthilfen praktisch unterstützen sollte. 1997 wurde mit dem *New Deal for People with Disabilities* erneut die Beratungsstruktur geändert und innovative Maßnahmen eingeführt, die nicht nur für die von den Zentren als behindert eingestuften Personen zugänglich ist, sondern auch für Personen, die bisher vom Arzt als arbeitsunfähig eingeschätzt wurden oder die krankgeschrieben sind (vgl. Curtis 2003; Floyd/Curtis 2000).

Mit Ausnahme von Deutschland, in dem sich ein Gesetz explizit auf die ICF bezieht, kann auch in diesem Bereich nicht von einer Konvergenz zur ICF gesprochen werden.

Entwicklungen im Bereich der partizipationsorientierten Behindertenpolitik

Partizipationsorientierte Leistungen bilden die dritte Gruppe in der Mischung der Behindertenpolitik, sind aber in einigen Ländern erst in geringem Umfang vertreten. Auf der Basis des sozialen Modells von Behinderung und meist ohne genauere Klassifikationen werden vor allem durch Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsvorschriften der Zugang zu Gebäuden, Verkehrsmitteln, Dienstleistungen, Waren und Arbeitsplätzen sichergestellt. Die diesen Gesetzen zugrunde liegenden Definitionen von Behinderung sind breiter angelegt und beziehen auch schwächere Behinderungen mit ein. Im Gegensatz zu diesen sehr weiten Definitionen ist die Feststellung von Behinderung für Sach- und Dienstleistungen zur Unterstützung bei Alltagshandlungen und der Förderung selbständigen Lebens meist jedoch weiterhin sehr restriktiv gehandhabt. Hier wird häufig konkret von den jeweiligen Behörden getestet.

In Dänemark wurde zu Beginn der 1990er Jahre eine rechtlich nicht bindende Resolution (B 43) über die Gleichstellung der Möglichkeiten behinderter und nicht-behinderter Menschen (*Folketingsbeslutning om ligestilling og ligebehandling af handicappede med andre borgere*) erlassen. Diese Resolution legt fest, dass alle nationalen und kommunalen Institutionen sowie alle privaten Unternehmen dem Prinzip der Gleichstellung zu folgen haben und dafür Sorge tragen müssen, dass die Bedürfnisse behinderter Menschen ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Danish Disability Council 2002: 10). Die im Jahre 2003 erweiterten Sozialdienstleistungen, spezielle

Unterstützungsmaßnahmen im Alltag, werden nur behinderten Personen unter 65 Jahren zuerkannt, zum Teil erfolgt die Zuweisung von Hilfen differenziert nach Behinderungsarten. Ansonsten gilt hier, dass die Leistungen für Menschen »mit vorübergehender oder dauerhafter Schädigung der körperlichen oder geistigen Funktionen« bestimmt sind.

In Deutschland trat im Jahr 2002 das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Bundesgleichstellungsgesetz) in Kraft. Wie bereits das SGB IX hat auch das Bundesgleichstellungsgesetz eine bürgerrechtsorientierte Definition von Behinderung und richtet sich nach der ICF. Im August 2006 trat das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in Kraft. Ebenso wie in Dänemark wird aber auch in Deutschland der Zugang zu vielen Hilfen, die beispielsweise die Kommunikation oder die Mobilität erhöhen sollen (sogenannte Nachteilsausgleiche), nach wie vor durch den medizinischen Grad der Behinderung bestimmt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003; Degener 2004).

In Großbritannien wurde im Jahr 1995 der *Disability Discrimination Act* (DDA) eingeführt, der seitdem mehrfach erweitert wurde. Dieses Gesetz schützt behinderte Menschen vor Diskriminierung in den Bereichen Beschäftigung, Bildung, Transport und Vermietung und stellt den Zugang zu Waren und Dienstleistungen sicher. Im DDA wird Behinderung definiert als »eine körperliche oder geistige Schädigung, die wesentliche und langfristige nachteilige Auswirkungen auf die Fähigkeit eines Menschen hat, normale Alltagshandlungen zu verrichten«. Diese für ein Antidiskriminierungsgesetz vergleichsweise enge Definition führt dazu, dass in vielen Fällen das Gesetz die Diskriminierung gar nicht abdeckt (vgl. Mercer/Barnes 2004).

Antidiskriminierungsregelungen, mit ihrer umfassenden und weiten Definition entsprechen in ihrem Behinderungsverständnis von allen behindertenpolitischen Maßnahmen noch am meisten dem Modell der ICF. Allerdings dürften hier die Anleihen eher direkt aus dem *Social Model* und dem *American Disability Act* (ADA) entnommen sein (vgl. Drake 1999).

Einfluss der ICF und anderer internationaler Standards auf nationale Klassifizierung

Eine allgemeine, an die ICF angelehnte Vereinheitlichung der Definition von Behinderung hat es in der Vergangenheit nicht gegeben und wird es vermutlich auch in Zukunft nicht geben, da in den unterschiedlichen Bereichen von Behindertenpolitik verschiedene Ziele verfolgt werden. Auf der Ebene der Maßnahmen kann zwar eine oberflächliche Konvergenz zu restriktiveren Transfers, stärkerer Aktivierung und

der Einführung von Antidiskriminierungsgesetzen gefunden werden. Mit dieser oberflächlichen Konvergenz geht aber keine Angleichung der Definitionen einher.

Obwohl die ICF in allen Ländern als Referenzpunkt genutzt wird, hat sie beim Wandel der Definitionen im Allgemeinen allenfalls einen schwachen Einfluss. In Dänemark geht man mit der Vermeidung von Kategorien einen eigenen Weg. In Deutschland dürfte der Einfluss der ICF auf die Gesetzgebung noch am größten sein. In Großbritannien orientiert man sich stärker an der amerikanischen Diskussion um das ADA und das *Social Model*. Von einem generellen Trend zur Annäherung an die Klassifikation der ICF bzw. an das ihr zugrunde liegende Modell von Behinderung kann nach meiner Einschätzung keine Rede sein. Auch wenn die ICF sicherlich von den Akteuren wahrgenommen wird und auch als internationaler Standard anerkannt ist, so verbleiben die Länder doch in ihren Traditionen und vor allem ihren finanzpolitischen und arbeitsmarktspezifischen Problemkonstellationen.

Literatur

- Bengtsson, Steen (2000), »A truly European type of disability struggle: Disability policy in Denmark and the EU in the 1990s«, *European Journal of Social Security* 2, S. 363–377.
- Bengtsson, Steen (2003), *Definitions of Disability in Danish Legislation*, Kopenhagen.
- Boeltzig, Heike/Clasen, Jochen (2002), »A Comparative Analysis and Assessment of the Policy Implications of Alternative Legal Definitions of Disability on Policies for People with Disabilities. National Report Germany«, in: www.brunel.ac.uk/depts/govn/research/disability.htm (10. Oktober 2004).
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (2001), *SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003a), *Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen*, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003b), *Sozial-Kompass Europa: Soziale Sicherheit in Europa im Vergleich*, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2004), *Übersicht über das Sozialrecht*, Nürnberg.
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) (2004), *Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*, Bundestagsdrucksache 15/4575, Berlin.
- Curtis, John (2003), »Employment and Disability in the United Kingdom: An Outline of Recent Legislative and Policy Changes«, *Work* 20(1), S. 45–51.
- Danish Disability Council (Hg.) (2002), *Danish Disability Policy: Equal opportunities through dialogue*, Kopenhagen.
- Degener, Theresia (2004), »Germany Baseline-Study«, in: http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/pdf/aneval/disabfull_de.pdf (1. Mai 2006).
- Drake, Robert F. (1999), *Understanding disability policies*, London.

- Europäische Kommission (Hg.) (2002), *Definition of Disability in Europe: A Comparative Analysis*, Luxemburg.
- Europäische Kommission (Hg.) (2003), *Introduction Missoc 2003: Policy for Disabled People – Current Trends*, Brüssel.
- Floyd, Mike/Curtis, John (2000), »An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom«, *European Journal of Social Security* 2, S. 303–322.
- Hahn, Harlan (1985), »Disability Policy and the Problem of Discrimination«, *American Behavioral Scientist* 28(3), S. 293–318.
- Hogelund, Jan (2003), *In search of effective disability policy*, Amsterdam.
- Jensen, Per H. (2003), »Disability Pensions: Trends and Policies in Denmark«, in: Christopher Prinz (Hg.), *European disability pensions policies: 11 country trends 1970–2002*, Aldershot, S. 139–164.
- Lonsdale, Susan/Aylward, Mansel (1996), »A United Kingdom Perspective on Disability Policy«, in: Aarts, Leo J. M./Burkhauser, Richard/de Jong, Philip (Hg.), *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Reform Policy*, Aldershot, S. 93–115.
- Maschke, Michael (2004), »Behindertenpolitik als Feld wohlfahrtsstaatlicher Politik«, *Berliner Journal für Soziologie* 14(3), S. 399–420.
- Mercer, Geof/Barnes, Colin (2004), »Changing Disability Policies in Britain«, in: dies. (Hg.), *Disability Policy and Practice: Applying the Social Model*, Leeds, S. 1–17.
- OECD (Hg.) (2003), *Transforming Disability into Ability*, Paris.
- Stone, Deborah A. (1985), *The disabled state*, Basingstoke.
- Walker, Robert/Howard, Marilyn (2000), »Benefits for Disabled People«, in: dies. (Hg.), *The Making of a Welfare Class, Benefit Receipt in Britain*, Bristol, S. 107–186.
- World Health Organization (Hg.) (2001), *International Classification of Functioning and Disability*, Genf.